



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

Q. 01 – Centro Empresarial Parque Brasília – 2º andar – salas 201/202 - Setor de Indústrias Gráficas 70610-410 –  
Brasília – DF Tel.: (61) 3322-0001 - Fax: (61) 3226-1312 - Endereço eletrônico: crmdf@crmdf.org.br

### PEDIDO DE DESLIGAMENTO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Ilmo. Sr.

Presidente do Conselho Regional de Medicina do DF,

Eu \_\_\_\_\_,

Médico (a) inscrito (a) neste Conselho sob o nº \_\_\_\_\_, venho solicitar **desligamento** do cargo de  
Diretor(a) Técnico do(a) \_\_\_\_\_

registrado(a) neste CRM/DF Sob o nº \_\_\_\_\_.

Estou ciente que para **deferimento** do pedido estou de acordo com o disposto na **Resolução CFM nº 1980/11** - "**Art. 12** Ao médico responsável técnico integrante do corpo societário da empresa, instituição, entidade ou estabelecimento somente é permitido requerer baixa da responsabilidade técnica por requerimento próprio, informando o nome e número de CRM de seu substituto naquela função".

Observações:

---

---

---

Brasília-DF, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico